INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.	3		
FECHA DEL INFORME	**dd**	**Mm**	**Aa**
	30	07	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1841-2021 del 4 de Mayo de 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218007016014 63E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PRADA MOYANO NATALY ROCIO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1014207937	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE INTERÉS ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSIÓN.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (7) MESES Y QUINCE (15) DÍAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS ($17.842.500) M/Cte	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	06/05/2021	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACION	29/12/2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01 DE JULIO AL 30 DE JULIO 2021	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Formar las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes de las instituciones educativas distritales- IED vinculadas al proyecto, conforme con los lineamientos establecidos para la continuidad y permanencia de los escolares en los procesos de formación y cumplimiento de las normas de bioseguridad, asegurando el cumplimiento de los pactos de formación del centro de interés que le sean asignados.	**ACTIVIDADES:** Para este periodo de actividades se da cumplimiento a esta obligación por medio del desarrollo de las sesiones de clase del C.I. BALONMANO teniendo en cuenta los documentos proporcionados por el programa para la formación socioemocional y ciudadana. **EVIDENCIA:** Planes de clase PDF **UBICACIÓN:** Carpeta de evidencias de JULIO cargadas al SECOP II numeral 7 (Obligación # 1).
Obligación No. 2: Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED.	**ACTIVIDADES:** La propuesta para cada uno de los grupos asignados por la IED se está desarrollando, teniendo en cuenta como insumos la malla y demás documentos pedagógicos proporcionados por el programa para el C.I. Balonmano. **EVIDENCIA:** Malla C.I. BALONMANO, Programa Pedagógico y Guía de Aprendizaje. **UBICACIÓN:** Carpeta de evidencias de JULIO cargadas al SECOP II numeral 7 (Obligación # 2)
Obligación No. 3: Planear cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena, ejecutando de manera	**ACTIVIDADES:** Se cumple con la obligación contractual, alimentando el SIM con las planeaciones de clase según parámetros establecidos teniendo en cuenta los tiempos y grupos a impactar y fueron ejecutadas según horarios y días establecidos por la IED, del mismo modo se cargó las

presencial, virtual y/o alternancia las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), dos (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM) y una (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso de que exista) de estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada	asistencias dentro de las 12 horas después de su ejecución. <u>GRUPO 1</u> HORARIOS: lunes y miércoles 8:30-10:00 SESIONES: • 7-12-14-19-21-26-28 Julio. <u>GRUPO 2</u> HORARIOS: martes y jueves 8:30-10:00 SESIONES: • 6-13-15-22-27-29 Julio. <u>GRUPO 3</u> HORARIOS: lunes y miércoles 14:00-15:30 SESIONES: • 7-12-14-19-21-26-28 Julio. <u>GRUPO 4</u> HORARIOS: martes y jueves 14:00-15:30 SESIONES: • 6-8-13-15-22-27-29 Julio. **EVIDENCIA**: Planes de clase en PDF **UBICACIÓN**: SIM y carpeta de evidencias de JULIO cargadas al SECOP II numeral 7. (Obligación # 3) **NOTA:** Las sesiones de clase que aparecen como NO ejecutadas se debe a la fecha de entrega del informe, sin embargo, estas aparecerán ejecutadas en las fechas correspondientes y en reporte entregado con el siguiente informe.
Obligación No. 4: Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del	**ACTIVIDADES:** Durante este periodo de actividades, he asistido de forma virtual a las diferentes reuniones que han sido programadas, en este caso por el Gestor IED e IDRD o la IED Cumpliendo así con esta obligación contractual.

proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRD.	**<u>REUNIONES:</u>** Reunión: SEGUIMIENTO SEMANAL IED LAUREANO GOMEZ Fecha: 9 Julio 2021 Tema: Reporte semanal, esquema de vacunación, correos institucionales. Lugar: Microsoft Teams Hora: 9:00 – 10:00 **EVIDENCIA:** Acta de reunión **UBICACIÓN**: SIM y Carpeta de Evidencias Informe julio, cargada al SECOP II numeral 7. (Obligación # 4) Reunión: PEDAGOGICA-OPERATIVA IED LAUREANO GOMEZ Fecha: 9 julio 2021 Tema: Creación Links de Sesiones de clase, Activación Correos Institucionales, Creación Grupos de trabajo. Lugar: Google Meet Hora: 10:00 – 11:30 **EVIDENCIA:** Acta de reunión **UBICACIÓN**: SIM y Carpeta de Evidencias Informe julio, cargada al SECOP II numeral 7. (Obligación # 4) Reunión: SEGUIMIENTO SEMANAL IED LAUREANO GOMEZ Fecha: 16 julio 2021 Tema: Organización IED para presencialidad (Operativo), prueba Laureanista y reportes y valoraciones del periodo académico (Pedagógico), reporte semanal Formadores (Operativo). Lugar: Microsoft Teams Hora: 9:00 – 10:30 **EVIDENCIA:** Acta de reunión **UBICACIÓN**: SIM y Carpeta de Evidencias Informe Julio, cargada al SECOP II numeral 7. (Obligación # 4) Reunión: REUNIÓN FORMADORES - ENTREGA DE INFORMES JULIO Fecha: 16 julio 2021

	Tema: Indicaciones y recomendaciones para la entrega de informes del mes de julio, acuerdos y compromisos. Lugar: Google Meet Hora: 4:00 – 5:00 **EVIDENCIA:** Acta de reunión **UBICACIÓN**: SIM y Carpeta de Evidencias Informe Julio, cargada al SECOP II numeral 7. (Obligación # 4) Reunión: SEGUIMIENTO SEMANAL IED LAUREANO GOMEZ Fecha: 23 julio 2021 Tema: reporte Drive y novedades. Lugar: Microsoft Teams Hora: 9:00 – 10:00 **EVIDENCIA:** Acta de reunión **UBICACIÓN**: SIM Reunión: PEDAGOGICA-OPERATIVA IED LAUREANO GOMEZ Fecha: 23 julio 2021 Tema: SIM, varios. Lugar: Google Meet Hora: 11:00 – 12:00 **EVIDENCIA:** Acta de reunión **UBICACIÓN**: SIM Reunión: SEGUIMIENTO SEMANAL IED LAUREANO GOMEZ Fecha: 30 julio 2021 Tema: Reporte Drive de asistencia y novedades. Lugar: Microsoft Teams **EVIDENCIA:** Acta de reunión **UBICACIÓN**: SIM Reunión: PEDAGOGICA-OPERATIVA IED LAUREANO GOMEZ Fecha: 30 julio 2021 Tema: SIM, varios. Lugar: Google Meet Hora: 11:00 – 12:00

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

	EVIDENCIA: Acta de reunión **UBICACIÓN**: SIM
Obligación No. 5: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	A la fecha no he sido notificada de algún estudiante que tenga alguna condición médica especial que requiera de un manejo específico. Todos los documentos de EPS de los estudiantes reposan en la IED.
Obligación No. 6: Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al proyecto de Semilleros y remitirlos al profesional encargado (Gestor) IED.	El centro de interés Balonmano no se encuentra en el momento dentro del programa de semilleros del proyecto de Jornada Escolar Complementaria. Sin embargo, si se detecta algún estudiante con condiciones excepcionales será informado para ver qué proceso se puede seguir.
Obligación No. 7: Participar y apoyar de manera presencial y/o virtual la organización de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios	En este periodo de actividades no se realizaron actividades o eventos diferentes a las sesiones de clase con estudiantes. Sin embargo, de ser requerido mi apoyo para cualquier otro evento, se tendrá la disposición y se realizará el acompañamiento necesario.

deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad	
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	$ 119.000
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 152.300
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 23.200
	TOTAL	$ 294.500

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

4. **ANEXOS** (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).

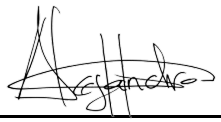
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista
NATALY ROCIO PRADA MOYANO
C.C. 1.014.207.937

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

La formadora cumple con sus funciones, actividades y obligaciones contractuales durante el presente periodo de actividades.



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02



Camilo Esteban Arenas Gómez
CC 80099402
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión
VoBo. 19/07/2021

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.	**DRD-CTO-1841-2021**													
2	Nombre del Contratista	**PRADA MOYANO NATALY ROCIO**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1.014.207.937**							
4	Responsable de impuesto a las ventas								SI		NO	**X**	REGIMEN SIMPLE		
5	Residente en el país (Extranjeros)										SI		NO		
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)										SI		NO	**X**	
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a $49,849,800										SI		NO	**X**	
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el **MES ANTERIOR** provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.														
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**119.000,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $			**152.300,00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**23.200,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente							
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $							
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo										SI		NO	**X**	
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712										SI		NO	**X**	
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo										SI	**X**	NO		
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo										SI		NO	**X**	
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**	
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**	
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**	
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.										SI		NO	**X**	
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:												%		

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **7** AA **2021**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **NATALY ROCIO PRADA MOYANO**, identificada con **CC** número **1014207937**, aportó por el empleado **NATALY ROCIO PRADA MOYANO** identificado(a) con **CC** número **1014207937** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2021-6 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$951,600	0.12500	$119,000	$0	$0	Junio - 2021	51844051	08/07/2021	No
230301	Porvenir	59															0		30	$951,600	0.16000	$152,300	$0	$0	Junio - 2021	51844051	08/07/2021	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$951,600	0.02436	$23,200	$0	$0	Junio - 2021	51844051	08/07/2021	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **23** días del mes **July** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1



NATALY ROCIO PRADA MOYANO
C.C. 1.014.207.937



Camilo Esteban Arenas Gómez
CC 80099402
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión
VoBo. 19/07/2021

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. CRP 1841 4863.pdf	1. CRP 1841 4863.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1841.pdf	2. ARL 1841.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1841-2021 PRADA MOYANO NATALY ROCIO.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1841-2021 PRADA MOYANO NATALY ROCIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CARPETA EVIDENCIAS INFORME 1 - MAYO 2021.zip	CARPETA EVIDENCIAS INFORME 1 - MAYO 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 1 - MAYO 2021.pdf	INFORME 1 - MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA EVIDENCIAS INFORME 2-JUNIO-2021.zip	CARPETA EVIDENCIAS INFORME 2-JUNIO-2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 2 JUNIO 2021.pdf	INFORME 2 JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA EVIDENCIAS INFORME 3 - JULIO-2021.zip	CARPETA EVIDENCIAS INFORME 3 - JULIO-2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Camilo Esteban Arenas Gómez
CC 80099402
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión
VoBo. 19/07/2021

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014207937
NOMBRES	NATALY ROCIO
APELLIDOS	PRADA MOYANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.



Camilo Esteban Arenas Gómez
CC 80099402
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión
VoBo. 14/07/2021

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	27/06/2003	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/13/2021 15:40:50	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA